



# SOLICITUD DE DESARROLLO Y CUIDADO DE NIÑOS (CDC)

Michigan Family Independence Agency (FIA)

FOR FIA USE ONLY

Grantee Name				Date	
Case Number	Co.	Dist.	Section	Unit	Specialist

**INSTRUCCIONES:** • Ud. tiene que vivir en Michigan • Su solicitud completa y firmada debe ser recibida por la oficina local de FIA sirviendo el condado o distrito donde vive antes de que comiencen los pagos • Proveyendo su Número de Seguro Social (SSN) es voluntario. Sin embargo, si lo provee, el SSN puede ser usado para establecer identidad y por propósitos de tener noción de su caso y lo reportado.

## SECCION 1 — INFORMACION DEL APLICANTE:

Nombre completo del aplicante ( <i>apellido, nombre, inicial</i> )		Apellido de Soltera	Estado Matrimonial: <input type="checkbox"/> NUNCA CASADA(O) <input type="checkbox"/> CASADA(O) <input type="checkbox"/> SEPARADA(O) <input type="checkbox"/> DIVORCIADA(O) <input type="checkbox"/> VIUDA(O)	
Dirección ( <i>número y calle, número de apartamento</i> )		Teléfono de Casa		
Ciudad	<b>MI</b> Código Postal	Teléfono de Trabajo	Condado	
Herencia racial étnica: (Contesta es voluntaria.) <input type="checkbox"/> BLANCO, no de origen hispano <input type="checkbox"/> NEGRO, no de origen hispano <input type="checkbox"/> HISPANO		¿Es usted multirracial? <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI  Usted es multirracial si tiene padres de más de un grupo étnico, o si por lo menos uno de sus padres es multirracial. (Contesta es voluntaria.)	¿Es alguno de los que vive en su casa extranjero que fue patrocinado para admisión en E.U.A.? <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI ▶ ¿Quien?	
<input type="checkbox"/> INDIO AMERICANO <input type="checkbox"/> NATIVO DE ALASKA <input type="checkbox"/> ASIATICO O ISLA DEL PACIFICO			¿Ha recibido alguna vez FIP? <input type="checkbox"/> Nunca recibido <input type="checkbox"/> Estoy recibiendo <input type="checkbox"/> No se recibirá más La última fecha de cuando se recibio:	
¿Por qué necesita servicios de cuidado de niños? (Marque <b>todo</b> lo que aplica.) Explique: <input type="checkbox"/> PARA TRABAJAR <input type="checkbox"/> PARA ASISTIR CLASES PARA TERMINAR LA PREPARATORIA <input type="checkbox"/> PARA ASISTIR A MICHIGAN WORKS! AGENCY (MWA) ACTIVIDAD APROBADA <input type="checkbox"/> PARA PARTICIPAR EN UNA ACTIVIDAD DE TRATAMIENTO PARA UNA CONDICION DE SALUD/SOCIAL				

## SECCION 2 — ESCRIBA LOS NOMBRES DE LOS NIÑOS EN SU CASA QUE NECESITAN CUIDADO: (Puede usar páginas adicionales.)

Nombre del Niño ( <i>apellido, nombre, inicial</i> )	E D A D	Días y Horas que el Cuidado de Niño se Necesita	¿El Cuidado está Provisto en la Casa del Niño?*		Nombre y Dirección del Cuidador de Niño	Número de ID o Licencia del Cuidador	Número de Teléfono	¿El Cuidador es Familiar del Niño?*	
			NO	SI				SI/NO	¿Cómo?

\*Su cuidador tiene que tener **licencia o ser registrado** por el Department of Consumer and Industry Services, Bureau of Family Services, **a menos** que el cuidado es provisto en la casa donde el niño vive por un Ayudante de Cuidado **inscrito por FIA** o en la casa del Cuidador Familiar **inscrito por FIA** que es un adulto y un abuelo(a)/padrastra (madrastra), bisabuelo(a)/bisabuela(a) político(a), tía/tía política, tío/tío político, o hermano(a)/hermanastro(a) adulto del niño y que **no** vive en la misma casa del niño.

## SECCION 3 — ESCRIBA TODAS LAS PERSONAS QUE VIVEN EN SU CASA: (Puede usar páginas adicionales.)

Nombre ( <i>apellido, nombre, inicial</i> )	Fecha de Nacimiento	Sexo M/F	¿Ciudadano americano?	Si no, fecha entrada E.U.A.	Parentesco a Usted	Número del Seguro Social	¿Esta persona trabaja / o va a la escuela?	Apunte en Donde, Dirección, Días y Horario
			<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO ▶		Ud.		<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI ▶	
			<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO ▶				<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI ▶	
			<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO ▶				<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI ▶	
			<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO ▶				<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI ▶	
			<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO ▶				<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI ▶	
			<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO ▶				<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI ▶	

## SECCION 4 — OTRA INFORMACION: Marque todo lo que aplica: (Si ninguna aplica, pase a la página 2.)

- Recibo beneficios de Family Independence Program (FIP) para mi y/o **todos** los niños en mi hogar que necesitan cuidado de niños.
- Recibo Supplemental Security Income (SSI) para mi y/o **todos** los niños en mi hogar que necesitan cuidado de niños.
- Soy padre adoptivo temporal solicitando cuidado de niños **solamente** para **los niños adoptivos temporal**.
- Yo necesito cuidado de niño **solamente** para participar en actividades requeridas para mi caso de **Servicios de Protección/Prevención de FIA**.

SI HA MARCADO CUALQUIERA DE ESTOS ARRIBA EN LA SECCION 4, PASE A LA PAGINA 3, SECCION 7, SI NO, PASE A LA PAGINA 2.

**SECCION 5 — INFORMACION DE TODOS LOS NIÑOS MENORES DE 18 AÑOS QUE VIVEN EN SU CASA:**

1 Escriba los nombres completos de todos los niños menores de 18 años de edad que viven en su casa. (apellido, nombre, inicial) <b>USE MAS PAGINAS SI ES NECESARIO</b>	2 Escriba los nombres completos de la madre y padre de cada niño. Escriba "Desconocido" si no sabe quien es la madre o el padre.	3 Padres viven en la casa?								4 Si no está en casa marque <input type="checkbox"/> la caja apropiada	5 Dirección postal de los padres si es diferente a la del aplicante
		SI	NO	Divorciado(a)	Separado(a)	En la cárcel	Fallecido(a)	En el ejército	Ausente por otra razón		
	Madre										
	Padre										
	Madre										
	Padre										
	Madre										
	Padre										
	Madre										
	Padre										

**SECCION 6— INFORMACION DE TODAS LAS PERSONAS CON INGRESOS VIVIENDO EN SU CASA: (Incluyendo usted)**

Nombres de los Miembros de su Casa	Su nombre		Otro		Otro		Otro	
	Cantidad	Cuántas Veces	Cantidad	Cuántas Veces	Cantidad	Cuántas Veces	Cantidad	Cuántas Veces
<b>TIPOS DE INGRESO</b>	<b>MARQUE ABAJO LA CANTIDAD DE INGRESO Y CUANDO RECIBE INGRESOS USTED Y OTROS MIEMBROS DE SU CASA.</b>							
1. Empleo/Empleado(a) por cuenta propia								
2. Family Independence Program (FIP), State Disability Assistance (SDA)								
3. Beneficios de Seguro Social (RSDI)								
4. Ingreso de Seguro Suplementario (SSI)								
5. Beneficios de Veteranos								
6. Compensación de Trabajadores								
7. Beneficios de Incapitados								
8. Sostenimiento para Niños								
9. Préstamos de Educación								
10. Compensación de Desempleados								
11. Beneficios de Retiro								
12. Asignación Militar								
13. Distribución de Juego (Gan. de Juego Casino)								
14. Ingreso de Granja ó Cosecha								
15. Asistencia de Hogar								
16. Otro:								

**SECCION 7 — DERECHOS Y RECONOCIMIENTOS**

1. **SOLICITUD:** Yo entiendo que tengo el derecho de llenar esta solicitud hoy o en cualquier tiempo, incluyendo antes de cualquier entrevista o cita, y que la solicitud debe ser aprobada o negada dentro de los 45 días del día que es recibida por la Agencia o el Reclutador.
2. **NO SE DISCRIMINARA:** Yo entiendo que si yo creo que he sido discriminado debido a raza, sexo, religión, edad, origen nacional, color, estatura, peso, estado matrimonial, incapacidad, o a credos políticos, yo tengo el derecho de presentar una queja con la secretaria del Department of Health and Human Services en Washington D.C.
3. **REPORTANDO CAMBIOS:**
  - Yo entiendo que la agencia necesita saber de cualquier cambio en los ingresos o circunstancias de cualquier persona mencionada en esta forma.
  - **Yo reportaré al especialista de FIA que maneja mi caso de Cuidado y Desarrollo de Niños (CDC), cualquier cambio dentro de los 10 días que ocurra.** Estos cambios incluyen cambios en mi empleo, escuela/entrenamiento, ingreso, arreglos de cuidado de niño, nombre, dirección, números de teléfono, miembros de la casa, estado matrimonial, etc., y cualquier otro cambio que pueda afectar mi elegibilidad o la cantidad de beneficios.
  - Yo entiendo que si dejo de reportar o me niego de reportar cambios requeridos o hago declaraciones falsas o engañosas, yo puedo ser enjuiciado por fraude o perjurio.

SI USTED TIENE DUDAS SOBRE EL CAMBIO QUE DEBE REPORTAR, LLAME AL ESPECIALISTA DE FIA A LA OFICINA LOCAL DE FAMILY INDEPENDENCE AGENCY.
4. **DEVOLVER BENEFICIOS:** Yo entiendo que si yo recibo más beneficios de los que debo recibir por cualquier razón, los beneficios adicionales recibidos tendrán que ser devueltos. Si una distorsión intencional causa el sobrepago, la parte responsable incluyendo cualquier adulto en el grupo del programa o el representante autorizado del grupo o proveedor de mercancías o servicios puede ser enjuiciado de fraude.
5. **AUDIENCIA:** Yo entiendo que si yo **no** estoy de acuerdo con cualquier decisión hecha en cualquier asunto tocante a mi caso, yo tengo el derecho de pedir una Audiencia Administrativa. Yo entiendo que yo puedo pedir información acerca de la Audiencia Administrativa llamando a la oficina de Family Independence Agency de mi condado y que yo puedo pedir una Audiencia Administrativa escribiendo a la oficina local de Family Independence Agency de mi condado.
6. **DECLARACION JURADA:** Yo juro o afirmo de que toda la información que he escrito en esta forma o dicho al especialista es verdad. Yo entiendo que puedo ser enjuiciado por perjurio si yo intencionalmente he dado información falsa. Yo también se que me pueden pedir que muestre prueba de cualquier información que yo haya dado. Si yo he ocultado algo intencionalmente de cualquier información o si yo he dado información falsa, que me haga recibir beneficios a los que no tengo derecho o más beneficios de lo que debo recibir, yo entiendo que puedo ser enjuiciado por fraude.
7. **LIBERAR INFORMACION:** Yo autorizo al FIA de enviar notas y/ó proveer información a mi(s) cuidador de niño cuando los servicios de CDC hayan sido autorizados o cuando hay cambios en la información autorizada previamente dada al cuidador o cuando mi solicitud por los servicios de CDC sean negado o retirado o, mi caso sea cancelado. Yo también autorizo al FIA o cualquier centro de cuidado de niño que pueda proveer cuidado para mi(s) niño(s) que den la información necesaria para determinar mi derecho a beneficios bajo cualquier otro programa local, estatal o federal.

Yo autorizo a la Social Security Administration que de a FIA toda la información necesaria para determinar mi elegibilidad para los beneficios de CDC.

**YO ENTIENDO QUE:**

- **Si se aprueba CDC, yo solamente usaré los servicios del cuidado de niños durante las horas que yo y todas los demás padres/padres sustitutos en mi hogar no están disponibles debido a empleo, clases de preparatoria, actividades aprobadas de educación y entrenamiento y actividades aprobadas por una condición social o de salud.**
- **Yo soy responsable por cualquier costo de cuidado de niño no pagado por FIA, incluyendo beneficios que puedan haber sido autorizados pero a los cuales yo no califico, basado en cambios en las circunstancias.**
- **Yo no soy elegible para los beneficios de CDC antes que la necesidad exista o antes que la oficina local de FIA reciba mi solicitud firmada.**
- **Si un cambio reportado resulta en una reducción de beneficios, esta reducción será hecha por FIA tan pronto como administrativamente sea posible y sin notificación previa.**
- **El cuidado de niño debe ser provisto en Michigan ya sea por un Centro de Cuidado de niño con licencia, Casa de Cuidado de Grupo con licencia, una Casa de Cuidado Familiar registrada, un Ayudante de Cuidado inscrito por FIA que provee cuidado en el hogar del niño o un Cuidador Familiar adulto inscrito por FIA que es un abuelo(a)/padrastra (madrastra), bisabuelo(a)/bisabuelo(a) político(a), tía/tía política, tío/tío político, o hermano(a)/hermanastro(a) del niño que provee el cuidado en su hogar y no vive en el hogar del niño.**
- **Si yo uso un ayudante de cuidado, yo soy el empleador y responsable:**
  - : **de discutir tópicos de salud y seguridad tales como: números telefónicos de emergencia, donde se guarda las cosas venenosas; mantener las manos limpias, cambiar los pañales, procedimientos de disciplina y mantener los documentos de vacunación con el ayudante.**
  - : **por la parte de impuestos del empleador que necesite ser pagada.**
  - : **para recibir y mantener recibos para verificar el dinero que recibió que es pagado a mi ayudante de cuidado por niños fondado por FIA. (Si no se le paga a mi ayudante de cuidado, otros beneficios de FIA que yo recibo podrán ser afectados.)**
- **Como condición de elegibilidad CDC, es mi responsabilidad obtener otros beneficios para los cuales yo pueda ser elegible, tales como mantenimiento de niños, beneficios de desempleo, etc., y que yo debo cooperar en acciones de mantenimiento de niños.**
- **Mi solicitud puede ser una de estas escogidas para una investigación completa, y un representante de FIA puede llamar a mi casa y puede hacer contacto con otras personas para verificar mi elegibilidad para asistencia.**
- **Mi Ayudante de Cuidado o Cuidador Familiar no será inscrito y no recibirá pago, o terminará de recibir pago, si:**
  - : **el/ella reporta, o una revisión criminal de su pasado muestre, que el/ella ha sido convictado de un crimen específico, o**
  - : **el/ella, o cualquier adulto reportado como viviendo en la casa del cuidador familiar, están en el registro central de FIA como autor(a) en un caso confirmado de Child Protective Services.**

**HE LEIDO Y COMPRENDO TODAS LAS PARTES DE ESTA FORMA.** (Si tiene cualquier pregunta, asegúrese preguntarle a su especialista.)

Firma del Solicitante o Representante	Fecha de la Firma	Firma y Fecha del Reclutador
Signature of Family Independence Specialist (FIS)	Fecha de la Firma	Dirección del Reclutador

SI USTED NECESITA CUIDADO DE NIÑOS PARA PARTICIPAR EN UNA ACTIVIDAD APROBADA POR MWA, PIDALE AL PERSONAL DE MWA QUE LLENE LA SECCION 8.

**SECTION 8 — MICHIGAN WORKS! AGENCY (MWA) - APPROVED ACTIVITY**

Please complete information on the activity that the customer listed on page 1 is participating in:

Customer Name		Activity		Location			Begin Date	Expected End Date	
Activity	#1						/ /	/ /	
Activity	#2						/ /	/ /	
Activity	#3						/ /	/ /	
Enter Days and Times of Assigned Activity (or Attach a Schedule)		MONDAY	TUESDAY	WEDNESDAY	THURSDAY	FRIDAY	SATURDAY	SUNDAY	TOTAL HOURS
	#1								
	#2								
	#3								
#	Signature of Worker			Date	Telephone Number		If completed by FIS, date verified with MWA staff.		
#1									
#2									
#3									

Family Independence Agency (FIA) no discrimina contra ningún individuo o grupo a causa de su raza, sexo, religión, edad, origen nacional, color de piel, estatura, peso, estado matrimonial, creencias políticas o incapacidad. Si Ud. necesita ayuda para leer, escribir, oír, etc., bajo la Acta de Americanos con Incapacidades, usted está invitado a hacer saber sus necesidades a una oficina de FIA en su condado.

Esta forma significa bajo la autorización de Public Act 280 de 1939. Terminación de esta forma es voluntaria. Sin embargo, si no es completada, su elegibilidad no puede ser determinada y usted no recibirá servicios del cuidado de niños.